

University of Groningen

De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen

Crom, B.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Crom, B. (2005). *De invloed van externe budgetparameters op de interne budgettering van academische ziekenhuizen: verklaringen voor verschillen in budgetteringssystemen en hun effecten*. [, Rijksuniversiteit Groningen]. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting

Samenvatting

De opzet van het onderzoek

Welke factoren beïnvloeden de toepassing van externe budgetparameters in de interne budgettering van academische ziekenhuizen¹ en welke effecten heeft het gebruik van interne budgetten? Dat is de hoofdvraag van deze studie. Externe budgetparameters zijn parameters die de hoogte van het totale ziekenhuisbudget bepalen. In het bekostigingsstelsel van de functiegerichte budgettering (FB) zoals dat de afgelopen jaren van kracht is geweest (en voor een belangrijk deel nog is, zie verder) worden deze parameters vastgesteld door de overheid. Ze bestaan voor wat betreft het (variabele) productiegebonden deel van het budget uit gewogen opnamen, verpleegdagen, dagverplegingen, gewogen te polikliniekbezoeken en specifieke verrichtingen voor de reguliere (routinematige) zorg, alsmede uit zogenaamde topklinische (hooggespecialiseerde) verrichtingen. De mate waarin deze parameters (volume en prijs) een rol spelen bij het bepalen van de hoogte van interne budgetten op verschillende organisatieniveaus (divisies, afdelingen) is in het onderzoek aangeduid als de mate van **koppeling** (tussen het externe en interne budget).

Met de beantwoording van bovengenoemde vraag wil dit onderzoek nagaan of de in de wetenschappelijke literatuur veronderstelde verbanden tussen budgetteringssystemen, doelstellingen, contextuele variabelen en het gebruik van budgetten ook daadwerkelijk opgeld doen. Met name waar het de relatie tussen context en systeem betreft, wordt (vrij naar Hofstede, 1981, p.206 en verder) in het bijzonder aandacht besteed aan het optreden van twee typen 'fouten' die kunnen voorkomen bij not-for-profit organisaties: I. er wordt niet een rekenkundig budgetteringssysteem (P maal Q, met bijvoorbeeld externe budgetparameters als Q) toegepast in een situatie die zich er wel voor leent en II. er wordt een rekenkundig budgetteringssysteem toegepast in een situatie die zich er niet voor leent. In het verlengde hiervan is een belangrijk doel van deze studie een bijdrage te leveren aan de besturing van academische ziekenhuizen in het bijzonder en ziekenhuizen meer in het algemeen: welke rol zouden externe budgetparameters (volume en prijs) kunnen spelen bij het bepalen van de hoogte van interne budgetten op verschillende organisatieniveaus (divisies, afdelingen)? Deze vraag is met name van belang tegen de achtergrond van ingrijpende veranderingen in de externe budgettering van ziekenhuizen per 1 januari 2005. Diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) krijgen als nieuwe producttyperingen van de ziekenhuiszorg vanaf dat moment via een stapsgewijze invoering meer invloed op het externe budget: ze zullen de hiervoor genoemde FB-parameters gaan vervangen. Doordat DBC's betrekking hebben op budgettering en budgetteringssystemen belangrijke instrumenten zijn voor de uitoefening van sturing en beheersing, roept het de vraag op wat voor invloed DBC's zullen hebben op de toegepaste interne budgetteringssystemen binnen academische ziekenhuizen en de effecten ervan. Aangezien DBC's bij de aanvang van het onderzoek betrekking hebben op de toekomstige bekostiging van de zorg, heeft het onderzoek zich wat betreft de mate van koppeling vooral toegespitst op de vigerende FB-

Samenvatting

parameters en zich wat betreft de DBC's beperkt tot de inventarisatie van voornemens en verwachtingen.

Om de bovengenoemde hoofdvraag te beantwoorden is een theoretisch raamwerk ontwikkeld waarbij de contingentietheorie als vertrekpunt is genomen. Er zijn verbanden verondersteld tussen interne budgetteringssystemen (onderscheiden naar verschillen in de mate van koppeling), de invloed van doelstellingen en andere (contingente) factoren op de vormgeving van die systemen, de wijze van gebruik van interne budgetten (= de mate waarin door de budgetgever wordt vastgehouden aan het realiseren van het afgesproken plan) en de effecten ervan. Tevens is in dat raamwerk de invloed van andere vormen van management control op de vormgeving en het gebruik van interne budgetteringssystemen betrokken vanuit de veronderstelling dat verschillende systemen elkaar kunnen aanvullen of elkaars substituten kunnen zijn. Met betrekking tot de hierboven aangevoerde fouten is binnen het onderzoek een nadrukkelijke plaats ingeruimd voor de contingente factor technologie en haar invloed op het interne budgetteringssysteem binnen academische ziekenhuizen. De vraag is gesteld in hoeverre de mate van taakonzekerheid van een specialisme (afdeling) zich leent voor het wel of niet budgetteren ervan met een rekenkundig systeem door het besturingsniveau daarboven. De mate van taakonzekerheid wordt vastgesteld op basis van het aantal uitzonderingen in taken en de analyseerbaarheid ervan. De verwachte samenhang tussen deze en andere concepten in het theoretisch raamwerk heeft geleid tot de formulering van diverse veronderstellingen die op hun houdbaarheid zijn onderzocht.

Het doel van het onderzoek kenmerkt zich door het verklaren van een complex fenomeen binnen een specifieke organisatiecontext met behulp van bestaande theorie, alsook op het ontdekken van nieuwe variabelen en verbanden. De meest geëigende methode om dit type onderzoek te verrichten is veldonderzoek waarbij informatie wordt verzameld door middel van interviews met betrokkenen in de praktijk en door middel van documentanalyse. Het veldonderzoek is in twee fasen uitgevoerd. In een eerste inventariserende fase is door middel van een 'compleet' veldonderzoek bij alle acht academische ziekenhuizen nagegaan welke rol deze organisaties toekennen aan externe budgetparameters bij het bepalen van interne budgetten. Deze inventarisatie is toegesneden op de budgettering van divisies door de Raad van Bestuur (RvB) vanuit de invalshoek dat het externe budget op ziekenhuisniveau wordt bepaald en deze middelen intern top-down worden toebedeeld aan divisies. Een verdiepende analyse van de onderzoeksthema's heeft in een tweede onderzoeksfase plaatsgevonden door middel van een gevalstudie bij één ziekenhuis. Aangezien de onderzoeksthema's met name ook geïdentificeerd kunnen worden op afdelingsniveau (zoals de invloed van taakonzekerheid) is het accent gelegd op de budgettering van afdelingen door divisies. Geselecteerd is een ziekenhuis dat bij de budgettering van divisies door de RvB een sterke mate van koppeling toepast, teneinde koppeling bij de budgettering van afdelingen door divisies als relevante budgetteringswijze mogelijk te maken. Binnen dat ziekenhuis zijn twee divisies (die als **centra** worden aangeduid) in beschouwing genomen die hun afdelingen op een sterk verschillende wijze budgetteren: de één past net als de RvB een sterke mate van koppeling

Samenvatting

toe, terwijl de ander dat juist niet doet. Binnen elk centrum zijn twee afdelingen geselecteerd die zich naar verwachting van elkaar onderscheiden wat betreft de aard van hun productie en de daaruit voortkomende veronderstelde verschillen in taakonzekerheid. Dat heeft geleid tot een keuze voor de afdelingen Oogheelkunde (verwachting taakzeker) en Neurologie (verwachting taakonzeker) van centrum A en de afdelingen Orthopedie (verwachting taakzeker) en Cardiologie (verwachting taakonzeker) van centrum B. Binnen elk centrum zijn de relaties van het theoretisch raamwerk onderzocht.

De onderzoeksbevindingen

a. Systemen van interne budgettering

Bij de interne budgettering van divisies door de RvB maken de acht academische ziekenhuizen verschillende keuzes waar het de toepassing van externe budgetparameters betreft (de mate van koppeling). Ook bij de budgettering van afdelingen maken divisies (centra) verschillende keuzes ten aanzien van de rol die externe budgetparameters spelen bij het bepalen van de hoogte van budgetten. Als vertrekpunt kiezen alle ziekenhuizen, alsook de beide onderzochte centra binnen het ziekenhuis van de gevalsstudie, wel voor een systematiek van historische inputbudgettering: de hoogte van het budget van vorig jaar vormt het uitgangspunt waarop vervolgens een bepaalde mutatie wordt toegepast. Het is bij het bepalen van deze budgetmutaties dat verschillen in koppeling blijken te bestaan. Daarbij worden drie systemen bij de academische ziekenhuizen en de centra van de gevalsstudie aangetroffen:

- I. Volledige inputbudgettering. Er wordt geen koppeling toegepast, maar er is sprake van een historisch inputbudget. Budgetmutaties worden benaderd op basis van mutaties in activiteiten en daarvoor benodigde productiemiddelen.
- II. Een combinatie van inputbudgettering (historisch budget) en output- en procesbudgettering waar het de vaststelling van budgetmutaties betreft, berekend op basis van volumemutaties in de reguliere productieparameters en de topklinische verrichtingen vermenigvuldigd met interne prijzen.
- III. Dit systeem is gelijk aan II met het verschil dat geen interne prijzen, maar (vaste percentages van) externe tarieven (waaronder 100%) als prijsbasis voor de budgetmutaties worden toegepast.

De toepassing van DBC's in de externe budgettering zal leiden tot een sterkere en, waar het de prijsbasis betreft, meer verfijnde mate van koppeling. De externe budgetparameters zullen een sterkere rekenkundige rol spelen bij de vaststelling van interne budgetten dan de huidige parameters. Die invloed zal niet beperkt blijven tot de budgetmutaties, maar betrekking hebben op het integrale budget. Bij het vaststellen van de prijsbasis, i.c. de hoogte van de interne vergoeding, zal de extern verkregen vergoeding als grondslag dienen voor de interne prijsstelling. Dat leidt tot de toepassing van de volgende systemen:

- IV. Volledige output- en procesbudgettering op basis van interne prijzen.
- V. Volledige output- en procesbudgettering op basis van (vaste percentages van) externe tarieven (waaronder 100%).

Samenvatting

b. De invloed van taakonzekerheid op het interne budgetteringssysteem

Taakonzekerheid blijkt niet van invloed te zijn op het interne budgetteringssysteem binnen academische ziekenhuizen en de in beschouwing genomen centra van het ziekenhuis van de gevalsstudie. De veronderstelling dat de mate van koppeling laag zal zijn bij een hoge mate van taakonzekerheid, terwijl een hoge mate van koppeling zal plaatsvinden bij weinig taakonzekerheid, blijkt niet op te gaan. Divisies binnen academische ziekenhuizen zijn te beschouwen als kleine ziekenhuizen en op dat abstractieniveau is moeilijk de mate van taakonzekerheid te duiden. Anders ligt dat bij afdelingen die worden gebudgetteerd door centra in het ziekenhuis van de gevalsstudie. Echter zowel het bestuur van centrum A als B past bij de budgettering van alle afdelingen binnen haar centrum eenzelfde systeem toe voor het bepalen van de budgetten van afdelingen. Anders dan aanvankelijk verondersteld, is de mate van taakonzekerheid bij drie van de in beschouwing genomen afdelingen laag. Verder is voor de afdeling Neurologie geen eenduidig beeld van de mate van taakonzekerheid verkregen. Dat gebrek aan onderscheidend vermogen impliceert dat taakonzekerheid ook geen verklaring kan bieden voor verschillen in toegepaste budgetteringssystemen. Dat taakonzekerheid bij die keuze geen rol speelt, blijkt ook uit de argumenten (zie de punten c en d hierna) waarom wel of geen koppeling wordt toegepast.

Een aandachtspunt binnen het onderzoek is in hoeverre budgetteringssystemen worden toegepast in situaties die zich er voor lenen. Taakzekere specialismen lenen zich voor rekenkundige budgetteringssystemen. Weliswaar zou op grond daarvan kunnen worden geconcludeerd dat er bij centrum B sprake is van een fout van het type I (= een rekenkundig budgetteringssysteem wordt niet toegepast in een situatie die zich er wel voor leent), de situatie wordt ook gekenmerkt door een gebrek aan informatie: kosten worden niet per zorgproduct geregistreerd. De toepassing van een rekenkundig systeem, als bijvoorbeeld outputbudgettering, wordt daardoor belemmerd. Daarom kan niet zonder meer worden gesproken van een fout van het type I, ook al zijn er potentiële mogelijkheden voor systemen als outputbudgettering. Bij centrum A wordt bij de budgettering van afdelingen wel een rekenkundig systeem, namelijk koppeling, toegepast. Daardoor is voor de taakzekere afdeling Oogheelkunde niet sprake van een fout van het type I of II. Wel kan worden gesproken van de fout dat een verkeerd rekenkundig systeem wordt toegepast in een situatie die zich wel voor een de toepassing van een rekenkundig systeem leent. Voor de afdeling Neurologie wordt een rekenkundig budgetteringssysteem toegepast waarvan om dezelfde redenen kan worden geconcludeerd dat het niet het juiste rekenkundige systeem is. Daarnaast is het gezien het diffuse beeld ten aanzien van de mate van taakonzekerheid nog de vraag of een rekenkundig systeem voor deze afdeling de meest wenselijke keuze is.

DBC's kunnen de mate van taakzekerheid van specialismen verder verhogen als gevolg van het toegenomen inzicht in aard, samenstelling en kosten van de zorg. Onder de conditie dat DBC's de zorg in een academisch ziekenhuis en de kosten ervan adequaat representeren, neemt de potentie om rekenkundige systemen in de interne budgettering toe te passen sterk toe. Daarbij wordt de mate van taakonzekerheid door DBC's nog verkleind (of liever gezegd: de mate van taakzekerheid vergroot) door de zorgprofielen die aan de

Samenvatting

DBC's ten grondslag liggen en de noodzaak volgens die profielen te werken. Die noodzaak neemt namelijk toe door de grotere financiële risico's als gevolg van de invoering van DBC's in de externe budgettering. Een risico vormt het aantal soorten DBC's waar de budgethouder mee te maken heeft. Dat bepaalt mede de mate van taakonzekerheid en de haalbaarheid om een bepaald budgetteringssysteem toe te passen, hetgeen in de toekomst verschillen tussen budgetteringssystemen binnen ziekenhuisorganisaties kan verklaren.

c. De invloed van doelstellingen op het interne budgetteringssysteem

In het onderzoek is een doel-middel relatie verondersteld tussen doelstellingen en budgetteringssystemen, in de zin dat doelstellingen invloed hebben op dat systeem. De doelstellingen van interne budgettering die in het onderzoek zijn onderscheiden, blijken op het gekozen abstractieniveau echter niet discriminerend om verschillen in de mate van koppeling te verklaren bij de diverse academische ziekenhuizen. Die doelstellingen zijn namelijk sterk eensluidend. De veronderstelling dat een sterkere mate van koppeling zal worden toegepast als de doelstellingen van het ziekenhuis sterk in het verlengde liggen van die van de overheid gaat niet op: bij alle academische ziekenhuizen liggen de doelstellingen sterk in het verlengde van die van de overheid, maar toch maken ze onderscheid in de mate van koppeling. Algemeen wordt onderkend dat het FB-bekostigingsstelsel daarvoor niet het juiste middel is wegens het gebrek aan differentiatie in de parameters waar het verschillen in zorg(zwaarte) betreft, onvolledige tariefstelling en afwijkingen in de hoogte van de tarieven (vergoedingen) ten opzichte van de kosten van de zorg. Een nadere invulling van doelstellingen (zoals de visie op sturing en beheersing en de perceptie wat een reële vergoeding is) en de beoordeling van de geschiktheid van het budgetteringssysteem om onder bepaalde condities die doelstellingen te bereiken, blijken een verklaringsgrond te bieden voor verschillen in systeemkeuze. Het ondersteunen van de organisatieontwikkeling richting integraal management en het creëren van een pragmatisch, transparant en eenvoudig budgetteringssysteem blijken belangrijke argumenten te zijn om wel koppeling toe te passen of een systeem van koppeling te bestendigen (systeem III). Het vermijden van discussies over de interne middelenverdeling (en niet het vermijden van discussies over het te voeren beleid) blijkt tevens een rol te spelen. Het faciliteren van zorginhoudelijke sturing en het vermijden van ongewenste financiële sturing blijken als doelstellingen een belangrijke rol te spelen bij het besluit geen koppeling toe te passen (systeem I). Zoals bij de bespreking van medische ethiek als beïnvloedende (contingente) factor nog zal blijken, bepalen in sommige situaties (zoals bij centrum A) doelstellingen niet het interne budgetteringssysteem, maar is het interne budgetteringssysteem een gegeven dat invloed uitoefent op de mogelijkheden de doelstellingen van interne budgettering te realiseren. Solvabiliteitsoverwegingen, de mogelijkheden centraal beleid te kunnen ontwikkelen en de mate waarin kosten zijn toegerekend aan gebudgetteerde divisies, hebben invloed op de hoogte van het toegepaste koppelingspercentage (= het percentage van de externe vergoeding dat intern wordt doorgegeven). De mate waarin die vergoedingen aansluiten op de (gemiddelde) kosten van de zorgproductie speelt bij sommige ziekenhuizen wel en

Samenvatting

bij andere geen rol bij het vaststellen van dat percentage. Het op elkaar laten aansluiten van vergoedingen en kosten ligt ook mede ten grondslag aan het besluit om een budgetteringssysteem toe te passen waarbij budgetmutaties zijn gebaseerd op volumemutaties in de productieparameters, vermenigvuldigd met een intern berekend, vast tarief (systeem II).

De toepassing van DBC's in de externe budgettering zal leiden tot een sterkere mate van koppeling, omdat DBC's als een beter middel dan FB-parameters worden beschouwd om de doelstellingen van interne budgettering te realiseren. Bovendien worden ziekenhuizen door de invoering van DBC's en marktwerking gedwongen nadrukkelijker aandacht aan de doelstelling risicobeheersing te besteden die naar verwachting met behulp van koppeling beter kan worden gerealiseerd. Aangezien bij de toepassing van DBC's de koppeling waarschijnlijk op het gehele budget betrekking zal hebben (en niet slechts op de budgetmutaties), zal de prijsbasis bij deze volledige koppeling ook worden beïnvloed door wenselijk geachte correcties voor bezettingsresultaten.

d. De invloed van contingente factoren (anders dan taakonzekerheid) op het interne budgetteringssysteem

Veranderingen in de contingente factor externe omgeving, i.c. toegenomen financiële risico's (als gevolg van nacalculatie en de invoering van DBC's) in combinatie met de noodzaak die te beheersen, leiden bij academische ziekenhuizen tot een sterkere mate van koppeling, een sterker vasthouden aan de realisatie van het afgesproken budget (gebruik) en het benadrukken van doelstellingen die betrekking hebben op financiële sturing en beheersing. In geval van financiële krapte is het moeilijker een flexibele toewijzing van budgetmutaties in stand te houden: de druk om te koppelen wordt dan groter. Dat geldt echter tot een bepaald percentage. Naarmate externe opbrengsten vollediger worden doorgegeven, zal juist de noodzaak toenemen om een lager percentage dan 100% toe te passen, teneinde op centraal ziekenhuisniveau beleidsruimte te creëren en/of de vermogenspositie van het ziekenhuis te versterken.

De contingente factor organisatiegrootte blijkt ook van invloed te zijn op het budgetteringssysteem, zij het dat die rol anders is dan de contingentietheorie veronderstelt. Grootte in de zin van het aantal budgethouders bemoeilijkt het bereiken van consensus over veranderingen in het budgetteringssysteem, waardoor de budgetgever gedwongen wordt het bestaande budgetteringssysteem in stand te houden. Grootte van de budgethouder in de zin van het aantal verschillende zorgproducten dat hij voortbrengt, stimuleert de toepassing van koppeling op grond van het argument dat verschillen tussen kosten en vergoedingen van individuele zorgproducten zich in het totale budget uitmiddelen.

Naast financiële risico's en grootte blijken de volgende factoren een rol te spelen bij de keuze van het interne budgetteringssysteem c.q. het in stand houden ervan:

- De solvabiliteit van het ziekenhuis / haar divisies. Indien een adequate reservepositie aanwezig is c.q. de mogelijkheid bestaat die snel te kunnen verbeteren, is het minder noodzakelijk financiële risico's via koppeling af te wentelen op budgethouders.

Samenvatting

- Het hebben van inzicht bij de budgethouder in de opbrengsten die hij genereert. Dat kan namelijk leiden tot claimedrag, hetgeen zich vertaalt in de roep om koppeling.
- (Het ontbreken van) informatie over zorgproducten en de kostprijzen ervan in relatie tot de opbrengsten. Indien de externe budgetparameters en de daaraan gekoppelde tarieven de productie respectievelijk de kosten goed weerspiegelen, leidt koppeling vanuit het perspectief van vergoeding van kosten tot reële budgetten. Indien adequate informatie over zorgproducten en kostprijzen ontbreekt, zijn budgetten moeilijk ter discussie te stellen. Dat kan zowel leiden tot het niet toepassen van koppeling (een historisch gegroeide situatie van geen koppeling wordt dan bijvoorbeeld gecontinueerd) als het wel toepassen ervan: bij gebrek aan beter worden budgetten toegewezen op basis van het verdienerbeginsel.
- De omvang van onevenwichtigheden tussen de kosten van zorg en de vergoedingen in het externe budget. Als die gering zijn c.q. zich uitmiddelen binnen het totale budget van de budgethouders (of dat de budgetgever die veronderstellingen is toegedaan), leidt koppeling tot een redelijk kostendekkend budget. Als de onevenwichtigheden groot zijn (of als zodanig worden vermoed), zal geen koppeling worden nagestreefd om te voorkomen dat deze financiële prikkels leiden tot ongewenste zorgproductie.
- Medische ethiek in samenhang met de betekenis van het budget als verworven recht. Uit het onderzoek blijkt dat in een medisch professionele organisatie budgetten de betekenis hebben van verworven rechten waaraan een sterke ethische lading kleeft. De economische beschikkingsmacht van het budget vertegenwoordigt een bepaalde hoeveelheid zorg die aan de patiënten van het eigen medisch specialisme kan worden verleend. Afbreuk doen aan budgetten betekent afbreuk doen aan die zorgpotentie, hetgeen op gespannen voet staat met de eed die medici hebben gezworen. Dat gevoel van recht wordt versterkt door het rekenkundige karakter van koppeling: objectief is te bepalen wat de afdeling (en dus de eigen patiënten) toekomt. Een systeem van koppeling wordt daardoor in stand gehouden, want verandering in het budgetterings-systeem kan consequenties hebben voor de hoogte van de budgetten en daarmee voor de opgebouwde rechten op middelen en daarmee voor de patiëntenzorg.
- De onderlinge afhankelijkheid van budgethouders. Deze blijkt in het verlengde van het vorige punt binnen een centrum invloed te hebben op de mate waarin afdelingen elkaar middelen gunnen, hetgeen invloed heeft op de besteding van de budgetteringssystemen bij de centra van het ziekenhuis van de gevalsstudie. Bij centrum B zijn afdelingen sterker dan bij centrum A met elkaar verbonden in ketens van zorg. Dat wil niet zeggen dat onderlinge solidariteit en elkaar middelen gunnen door altruïsme worden ingegeven. Eigenbelang, of liever gezegd het belang van de eigen patiënten, speelt daarbij een grote rol, want die ontvangen ook diensten van andere afdelingen binnen het centrum. Bij centrum A delen afdelingen zorginhoudelijk weinig met elkaar en hebben ze weinig onderlinge afhankelijkheid, waardoor het belang van een andere afdeling niet direct verbonden is aan het eigen (patiënten)belang dat vooral binnen de eigen afdeling moet worden bewaakt.
- De besturingsfilosofie en de persoonlijke opvattingen (ethiek) van de budgetgever. Zo blijkt koppeling het de budgetgever van centrum A van de gevalsstudie mogelijk te

Samenvatting

maken een besturingsfilosofie te realiseren die zich kenmerkt door het benadrukken van integrale managementverantwoordelijkheid op afdelingsniveau, waarbij financiële en zorginhoudelijke afwegingen zoveel mogelijk in één hand worden gelegd. Het afdelingshoofd draagt daarbij zowel verantwoordelijkheid voor kosten als opbrengsten. Bij centrum B worden afdelingshoofden direct via afdelingsbudgetten aangesproken op kosten, maar het aanspreken op opbrengsten vindt indirect plaats via de productiebudgetten. Het uit elkaar trekken van opbrengsten en kosten is een zeer bewuste keuze van de budgetgever op basis van zijn ethiek. Hij wil niet dat op afdelingsniveau professionals zich in hun keuzes laten leiden door (on)gunstige financiële marges in plaats van door beleidsinhoudelijke afwegingen. De budgetgever neemt daarom vooral de bewaking van de opbrengsten van het centrum als geheel voor zijn rekening en stuurt afdelingshoofden aan op hun productie, zodat zij voldoende opbrengsten genereren voor een op centrumniveau sluitende exploitatie.

- De geaardheid van de medisch specialismen en de daarin werkzame medisch specialisten. Centrum B van de gevalsstudie kenmerkt zich door snijdende vakken, gericht op chirurgisch handelen. Dat vereist actiegerichtheid en vaak snelle besluitvorming van de professionals die dat werk uitvoeren. Die attitude faciliteert het nemen van besluiten en het veranderen van budgetteringssystemen, ook al kan dat gepaard gaan met hevige discussies. Centrum A bestaat uit een mix van snijdende en beschouwende vakken. Bij die laatste moet in het zorgverleningsproces vaak op basis van een complex geheel van factoren een besluit worden genomen. Dat beschouwende karakter kan ook zijn stempel drukken op andere besluitvormingsprocessen.
- Het academisch zorgprofiel van het ziekenhuis. Naarmate een ziekenhuis (divisie) haar bestaansrecht sterker ontleent aan profilering op met name topreferente (supergespecialiseerde) zorg en het daaraan verbonden onderzoek, vormt het door middel van koppeling stimuleren van reguliere en topklinische zorg door gunstige externe financiële prikkels een grotere bedreiging. Dergelijke prikkels wil men intern vermijden. Bovendien wordt bij een dergelijke profilering een relatief kleiner deel van het budget door de productieparameters bepaald, doordat het ziekenhuis sterk leunt op andere (onderzoeks)middelen. Haar financiële risicoprofiel vereist dan ook minder sterk de afwenteling van risico's op divisies c.q. afdelingen.

Met de toepassing van DBC's zal de invloed van bepaalde factoren toenemen. Zowel uit het veldonderzoek als de gevalsstudie blijkt dat DBC's in combinatie met marktwerking de financiële risico's in de externe omgeving voor het ziekenhuis zullen doen toenemen. Dat leidt tot een verwachte toename in de mate van koppeling. DBC's, deel uitmakend van de externe omgeving, zijn verder kwalitatief betere instrumenten dan de FB-parameters om de zorg te typeren en te bekostigen. De betere informatievoorziening over de kosten van zorg die DBC's binnen het ziekenhuis genereren, maakt het tevens mogelijk deze parameters in de interne budgettering een nadrukkelijke rol te laten spelen, i.c. de mate van koppeling te versterken. Bij het ziekenhuis van de gevalsstudie vormt die informatie een tegenwicht voor historisch opgebouwde rechten en machtsposities van medisch specialismen, zoals blijkt uit het feit dat herallocaties van budgetten niet worden uitgesloten. Ook zullen onevenwichtigheden tussen opbrengsten en kostprijzen

Samenvatting

waarschijnlijk worden verkleind, waardoor de noodzaak om deze te corrigeren door geen koppeling toe te passen minder groot wordt. DBC's zullen verder leiden tot toegenomen inzicht in de opbrengsten ervan bij divisies en afdelingen, waardoor het claimedrag zal worden versterkt. Van de overige factoren zijn in het veldonderzoek en bij de gevalsstudie geen nadrukkelijke indicaties van de gevolgen van DBC's verkregen.

e. Het gebruik van het interne budgetteringssysteem

Het gebruik van budgetten, i.c. de mate waarin wordt vastgehouden aan de realisatie van het budget conform de standaards waarop het budget is gebaseerd, wordt niet beïnvloed door de mate van taakonzekerheid of door verschillen in budgetteringssystemen. Wel van invloed op dat gebruik zijn de mate waarin budgetten door de budgetgever als reëel worden ervaren, de financiële noodzaak en het niet willen verstoren van een proces van organisatieontwikkeling. De mate waarin budgethouders in staat zijn kosten en opbrengsten (budgetten) te beïnvloeden, bepaalt in hoeverre zij zich verantwoordelijk voelen voor budgetten. De invoering van DBC's zal waarschijnlijk leiden tot het sterker vasthouden aan de realisatie van budgetten in de verwachting dat budgetten reëler zullen zijn (hetgeen leidt tot reëler afrekenen), de mate van taakonzekerheid afneemt en de financiële noodzaak toeneemt.

f. De effecten van het interne budgetteringssysteem

In de studie is het accent gelegd op onderstaande specifieke effecten van het gebruik van het interne budgetteringssysteem:

- De realisatie van budgetteringsdoelstellingen. De combinatie van een geringe mate van taakonzekerheid, een sterke mate van koppeling, het sterk vasthouden aan de realisatie van het budget en druk op de budgetten blijkt te leiden tot efficiencyverbetering en bezinning op de noodzakelijkheid van medische verrichtingen. Dat heeft een gunstige invloed op de realisatie van de doelstellingen van het budgetteringssysteem waar het financiële beheersing betreft. Indien geen koppeling wordt toegepast en een geringe mate van taakonzekerheid bestaat, worden budgethouders niet direct geconfronteerd met de consequenties van veranderingen in de productie voor de opbrengsten die ze daarmee genereren. Doelmatigheid, financiële beheersing en financiële sturing worden dan niet gestimuleerd. In een academische setting leidt dat tot een sterke focus op de kerntaak onderzoek, hetgeen vanwege de relatief hoge kosten ervan en de derving van opbrengsten uit hoofde van de kerntaak patiëntenzorg gepaard gaat met een verslechtering van de financiële situatie. Wordt van DBC's door middel van koppeling een gunstige invloed op de realisatie van doelstellingen van interne budgettering verwacht, als gevolg van risico's ten aanzien van de mogelijk gebrekkige typering van zorg verleend in een academisch ziekenhuis door middel van DBC's en de stijgende overheadkosten van de toepassing ervan is het per saldo effect op de effectiviteit en efficiency van de ziekenhuisorganisatie moeilijk op voorhand vast te stellen.

Samenvatting

- De realisatie van de kerntaken van het ziekenhuis. Koppeling heeft direct en indirect grote invloed op alle kerntaken. Die invloed is niet zonder meer als positief of negatief aan te duiden. Onder druk van bezuinigingen kan koppeling leiden tot het interen op onderwistaken indien dat financieel gunstiger is dan opbrengsten te derven van bepaalde zorgproductie. Minder productie realiseren kan gunstig zijn als de minder-kosten hoger zijn dan de minder-opbrengsten. Daardoor zal een verschuiving plaatsvinden van patiëntenzorg naar met name onderzoek. Financieel interessante productie wordt door koppeling gestimuleerd, zonder dat die bij hoeft te dragen aan academische profilering. Wel draagt dergelijke productie daaraan indirect bij door de middelen voor die profilering te genereren. De reeds genoemde efficiencywinsten kunnen worden geïnvesteerd in de realisatie van extra kerntaken. Door de financiële prikkel tot bezinning op de noodzaak van medische verrichtingen kan koppeling er toe leiden dat bestaande gewoontes worden doorbroken, hetgeen gunstig is voor de kwaliteit van de zorgverlening. Leidt het niet toepassen van koppeling tot een sterke focus op met name onderzoek en is dat gunstig voor de academische profilering van deze kerntaak, het leidt in bepaalde gevallen ook tot onwenselijke geachte minder-productie bij andere kerntaken. Op langere termijn bedreigt dat de continuïteit van het betreffende centrum, met name doordat de financiële basis van het centrum daardoor wordt uitgehold. Door de geringe focus op efficiencyverbetering worden de mogelijkheden om extra kerntaken te realiseren (of tekorten te dekken) daardoor niet ten volle benut. De toepassing van DBC's in de interne budgettering kan de realisatie van kerntaken zowel positief als negatief beïnvloeden. Dat zal met name worden bepaald door de mate waarin DBC's een adequate afspiegeling zijn van de zorg geleverd door het academisch ziekenhuis en/of het ziekenhuis een kostendekkende vergoeding voor die zorg ontvangt. Sterkere financiële sturing zou noodzakelijk kunnen worden om de diverse kerntaken in stand te houden.
- De invloed van het management op het ziekenhuisbeleid. Koppeling, zeker als externe vergoedingen volledig intern worden doorgegeven, heeft een negatieve invloed op de mate waarin het management het ziekenhuisbeleid kan bepalen als gevolg van afnemende mogelijkheden om divisie- en afdelingsoverstijgend beleid te realiseren en de versnippering van middelen ten behoeve van beleidsvernieuwing. Verder kan koppeling leiden tot financiële sturing door budgethouders die haaks kan staan op zorginhoudelijke sturing en tot verwijdering tussen bestuurslagen: centra ervaren sterker een relatie met de zorgverzekeraar die de vergoedingen verstrekt dan met de RvB. DBC's kunnen enerzijds de positie van het management versterken als gevolg van toegenomen inzicht in de zorgprocessen en de kosten ervan, maar anderzijds hun positie verzwakken door toegenomen claimgedrag van organisatieonderdelen. Die zullen het als gevolg van de invoering van DBC's waarschijnlijk financieel moeilijker krijgen en de door hen gegenereerde opbrengsten opeisen.
- De realisatie van doelstellingen van de overheid. Bij een sterke mate van koppeling zullen afdelingshoofden meer een directe relatie voelen met de zorgverzekeraar en deze strakker financieel willen volgen, waardoor de invloed van het management afneemt. De sturing die van (onevenwichtige) externe vergoedingen uitgaat op de

Samenvatting

zorgproductie en de andere kerntaken hoeft echter niet per se in de richting te gaan die de overheid en zorgverzekeraar beleidsinhoudelijk graag willen. Wel worden met het doorgeven van die prikkels via koppeling overheidsdoelstellingen gerealiseerd die betrekking hebben op financiële beheersing. De invloed van DBC's op de realisatie van overheidsdoelstellingen is niet eenduidig vast te stellen gezien de hiervoor genoemde kanttekeningen ten aanzien van de typering van de zorg verleend in een academisch ziekenhuis, de gestegen overheadkosten, de consequenties voor de effectiviteit en efficiency en de onduidelijke invloed op de kerntaken onderzoek en onderwijs.

- De mate van financiële sturing en de effecten daarvan. Financiële prikkels blijken een grote invloed te hebben op beslissingen ten aanzien van zorgprocessen in academische ziekenhuizen. Indien koppeling wordt toegepast, worden medische professionals nadrukkelijker met die prikkels geconfronteerd en hebben die een grotere invloed op de besluitvormingsprocessen. Die invloed gaat niet ten koste van de behandeling van de individuele patiënt. Wel leidt het tot bezinning op te bedienen patiëntencategorieën en behandelingswijzen. Met behulp van DBC's kan een veel nauwkeuriger kosten-baten afweging plaatsvinden dankzij betere informatie over de kosten van zorg, mits DBC's de zorg van het academisch ziekenhuis ook adequaat typeren. Als dat laatste niet het geval is, ontstaat een schijnnaauwkeurigheid die ongewenste gevolgen zou kunnen hebben voor de zorgsturing. De vraag is of men dan beter af is dan met een systeem van FB-parameters, waarvan bekend is dat het de zorg niet adequaat typeert en waar men met dergelijke tekortkomingen bewust rekening kan houden.
- Overige effecten. Koppeling leidt tot het in stand houden van budgettaire rechten, alsook tot versterking van die rechten. Daardoor versterkt het systeem van koppeling zichzelf en is het moeilijk dit systeem te veranderen. Verder blijken de krachtige financiële prikkels van koppeling de sturing in de zorg te beïnvloeden en tot morele dilemma's te leiden bij zowel managers als afdelingshoofden. Om de lange termijn continuïteit van het ziekenhuis te kunnen garanderen, heeft men echter het gevoel dat overheid en zorgverzekeraar het ziekenhuis geen andere keus laten. Ook blijkt dat medische professionals zich sterker verdiepen in de werking van het budgetteringssysteem naarmate zij meer een directe relatie ervaren tussen hun beslissingen en de financiële consequenties daarvan, hetgeen bij koppeling met name het geval is. De toepassing van DBC's in de interne budgettering zal dat proces versterken en de budgetdiscipline van budgethouders verbeteren. Leidt dat enerzijds tot een groter verantwoordelijkheidsbesef ten aanzien van de middelen van het ziekenhuis, anderzijds gaat deze grotere bemoeienis ten koste van medisch-professionele werkzaamheden en kan het leiden tot spanningen met het management en haar staf.

Samenvatting

g. De invloed van andere vormen van management control op het interne budgetteringssysteem

Zowel in een situatie van koppeling als geen koppeling spelen accounting controls, zoals interne budgettering, voor de budgetgever een sterke rol om kostenbeheersing te realiseren, terwijl met name personnel controls worden ingezet om inhoudelijke sturing uit te oefenen. Indien geen koppeling wordt toegepast, spelen personnel controls voor de budgetgever ook een belangrijke rol om bij te dragen aan financiële beheersing, namelijk waar het de realisatie van opbrengsten betreft. Afdelingshoofden passen diverse vormen van management control toe om het afdelingsbudget te realiseren in een situatie waarbij de kwaliteit van de informatievoorziening gebrekkig is en er sprake is van een krap budget.

Consequenties voor het theoretisch raamwerk en toekomstig onderzoek

De bevindingen van dit onderzoek hebben geleid tot aanscherping van het theoretisch raamwerk. Dat is vereist waar het de (contingente) factoren betreft die van invloed zijn op de doelstellingen van interne budgettering en het budgetteringssysteem. Velerlei factoren blijken invloed te hebben op de keuze van het budgetteringssysteem, welke zijn te onderscheiden naar de financiële positie van het ziekenhuis, de beschikbaarheid van informatie, de kwaliteit van de externe budgetparameters om in redelijke budgetten te voorzien, aard en omvang van de ziekenhuisactiviteiten en persoonsgebonden kenmerken. Verder is de onderlinge samenhang tussen deze factoren complex. Zo zijn er voorwaardelijke relaties te onderkennen, terwijl bepaalde factoren ook dominante vormen aan kunnen nemen (zoals de financiële positie), waardoor de invloed van andere factoren afneemt. Derhalve onderstreept deze studie het belang van een bezinning op de contingentietheorie en de factoren die volgens deze theorie een rol spelen. Bestaande veronderstellingen ten aanzien van het concept taakonzekerheid worden door deze studie ter discussie gesteld. Technologische ontwikkelingen en het daaraan gelieerde onderzoek en onderwijs blijken tot minder in plaats van meer taakonzekerheid te leiden bij het uitoefenen van nieuwe medisch-specialistische zorg. Bovendien is taakonzekerheid niet alleen afhankelijk van objectieve factoren, maar ook van subjectieve. Door bijvoorbeeld de wijze van aansturing van de zorgverlening kunnen de technologen zelf (medisch specialisten) namelijk een stempel drukken op de mate van taakonzekerheid. Ook, en hiermee samenhangend, is de rol die taakonzekerheid kan spelen mede afhankelijk van de informatievoorziening. De potentiële en werkelijke mate van taakonzekerheid kunnen daardoor van elkaar afwijken. En is verondersteld dat taakonzekerheid het budgetteringssysteem beïnvloedt, de causaliteit blijkt ook andersom te kunnen liggen: het budgetteringssysteem blijkt de mate van taakonzekerheid te kunnen beïnvloeden als het op financiële gronden dwingt tot meer taakzeker handelen. In het verlengde van deze bevindingen is vervolgonderzoek wenselijk naar de factoren die taakonzekerheid beïnvloeden en de veranderende rol van taakonzekerheid ten gevolge van ontwikkelingen in de informatietechnologie.

Samenvatting

De onderzoeksbevindingen wijzen op het belang van subjectieve factoren (zoals opvattingen over het reëel zijn van budgetten) en de samenhang daarvan met een dynamische context (organisatieverandering) bij de verklaring van het gebruik van budgetten, naast reeds onderkende factoren als financiële noodzaak en taakonzekerheid. Bepaalde in het theoretisch raamwerk veronderstelde effecten blijken te worden bevestigd, terwijl dat voor andere niet het geval is. We volstaan op deze plaats met de aanbeveling dat bredere en diepgaandere effectenstudies in de toekomst noodzakelijk zijn. De toepassing van verschillende vormen van control blijkt niet te worden beïnvloed door verschillen in taakonzekerheid zoals verondersteld (deze verschillen zijn niet geconstateerd), maar door het toegepaste interne budgetteringssysteem en de kwaliteit van de informatievoorziening. Het theoretisch raamwerk behoeft op dit punt dus aanpassing. Naast bovengenoemde thematische aandachtspunten zou toekomstig onderzoek zich kunnen toespitsen op replicatie van deze studie bij andere academisch ziekenhuizen ter vergroting van de validiteit van de bevindingen van deze studie. Ook is het interessant na te gaan of de verwachtingen betreffende een toename van koppeling als gevolg van invoering van de DBC's uitkomen en welke nieuwe inzichten dat oplevert. Aanverwante onderzoeksvelden waar het fenomeen koppeling zou kunnen worden onderzocht zijn algemene ziekenhuizen, andere zorginstellingen en andere extern gefinancierde (semi)overheidsinstellingen zoals universiteiten en andere onderwijsinstellingen. Een vergelijkende studie tussen diverse typen instellingen zou licht kunnen werpen op beïnvloedende factoren door overeenkomsten en verschillen tussen die instellingen te exploreren.

¹ Na fusie met de faculteiten Medische Wetenschappen of Geneeskunde ook wel aangeduid als universitaire medische centra (UMC).

